



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

11209  
43  
20  
CIUDAD DE MEXICO  
Servicios de Salud  
DDF



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:  
CIRUGIA GENERAL

**“CIRUGIA DE REINTERVENCION  
EN PANCREATITIS”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION  
CLINICA**

**P R E S E N T A :**  
**DR. RUBEN GUTIERREZ ALVARADO**  
**PARA OBTENER EL GRADO DE:**  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

DIRECTOR DE LA TESIS: DR. FRANCISCO JAVIER CARRALLO CRUZ

1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

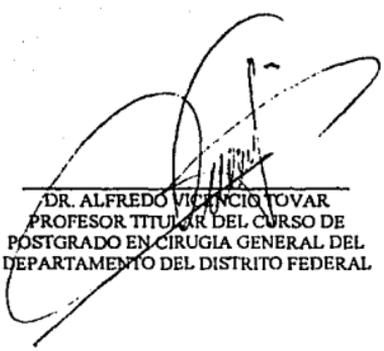


## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

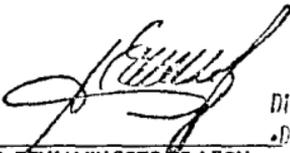
### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
POSTGRADO EN CIRUGIA GENERAL DEL  
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL



DR. BENJAMIN SOTO DE LEON  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL



DIREC. GRAL. SERV. DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DEL D.F.  
DIRECCION DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION



---

**DR. FRANCISCO JAVIER CARBALLO CRUZ**  
**DIRECTOR DE TESIS**  
**PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE**  
**POSTGRADO EN CIRUGIA GENERAL DEL**  
**DEPARTAMENTODEL DISTRITO FEDERAL**

## DEDICATORIA

A mis padres:

Por su interés, apoyo y dedicación en  
mi desarrollo personal y profesional.

A mis hermanos:

Por su apoyo y comprensión.

A mis compañeros, verdaderos amigos  
de residencia que ahora son como -  
parte de mi familia.

A ese pequeño ser, que viene a cambiar  
mi vida, a su madre, la mujer a quien  
amo, porque juntos forman el más gran  
de motivo de superación.

¡ GRACIAS MAESTRO !

## **INDICE**

	<b>PAGINA</b>
Introducción . . . . .	1
Objetivo . . . . .	5
Material y Método . . . . .	6
Resultados . . . . .	8
Tabla 1. Edad, sexo y días de estancia . . . . .	14
Tabla 2. Primera intervención quirúrgica . . . . .	15
Tabla 3. Segunda intervención quirúrgica . . . . .	16
Tabla 4. Tercera intervención quirúrgica . . . . .	17
Gráfica 1. Sexo . . . . .	18
Gráfica 2. Edad . . . . .	19
Gráfica 3. Tipo de urgencia . . . . .	20
Gráfica 4. Diagnósticos confirmados con la primera intervención quirúrgica .21	
Discusión . . . . .	22
Conclusiones . . . . .	24
Bibliografía . . . . .	26

## **INTRODUCCION**

Historicamente, el primer caso registrado de traumatismo no penetrante del páncreas fue descrito por Travers en el Lancet 1827. El caso informado describía a una dama que fue derribada por una diligencia estando intoxicada. En el exámen postmortem se halló un lesión transversal del páncreas y una amplia lesión hepática, habiendo sido esta última la causa de la muerte.

Otis, director de la historia médica y quirúrgica de la Guerra Civil Norteamericana ( publicada en 1876), observó 7 pacientes con lesiones pancreáticas. En tres casos, luego de heridas punzantes, el páncreas protruyó desde la herida. Los tres pacientes sobrevivieron luego de la resección de la porción de glándula protruyente, creando un precedente del valor de la pancreatomectomía distal en caso de lesiones pancreáticas. Sin embargo, el

tratamiento aceptado en esa época era el conservador, y, aunque un pequeño número de pioneros quirúrgicos intentó defender el manejo quirúrgico, éste no fue totalmente aceptado hasta la segunda Guerra Mundial, cuando se reconoció la importancia de las lesiones asociadas, en particular de los vasos mayores, como un factor significativo.

Aproximadamente el 80% de los pacientes con pancreatitis aguda tienen cálculos o antecedentes de abuso sostenido de alcohol. (1).

La pancreatitis es una de las entidades nosológicas más frecuentes en nuestro medio, se atribuye a diversas causas siendo más frecuente la alcohólica para el sexo masculino y la biliar para los de sexo femenino. De acuerdo con su evolución un porcentaje es tributario de manejo quirúrgico y en más de una ocasión, es necesario realizar una reintervención, debido a la naturaleza del procedimiento, la severidad de la presentación y a la evolución del mismo.

La pancreatitis es una entidad, en la cual, dependiendo del manejo instituido y evolución del paciente, es necesario someter al mismo a diversas intervenciones quirúrgicas, sea para manejo de la forma aguda o para resolver las diversas complicaciones que se presentan en este padecimiento, tanto inmediatas como a largo plazo.

Dentro de la Cirugía General, una de las entidades que presentan en su evolución condiciones adversas que obligan a la reintervención con relativa frecuencia es la pancreatitis.

Lo anterior, refiriéndonos a las pancreatitis de origen médico, pero hay que considerar también a las pancreatitis de tipo traumático y que pueden ser por contusión, heridas por proyectil de arma de fuego, heridas por instrumento punzocortante, que la mayoría de las veces se presenta con lesiones asociadas (5), lo que aumenta más la morbilidad que ya por sí sola es alta.

Se menciona en la literatura (4), que la asociación de estas lesiones , a órganos como colon y duodeno frecuentemente forma abscesos intraabdominales, que obligan a la reintervención quirúrgica.

Existen pacientes en los cuales se hace necesario la intervención de una Unidad de cuidados Intensivos debido en diversos casos al tercer espacio que forman los pacientes pancreáticos y en su defecto al proceso séptico en el que se encuentran los pacientes debido a los órganos adyacentes o por secreción de las enzimas líticas alrededor (2).

En los pacientes que presentan pancreatitis necrohemorrágica además de ser necesaria la intervención de la Unidad de Cuidados Intensivos para monitoreo del paciente debido a las enzimas líticas ya mencionadas y al factor

depressor del miocardio secretado también por el páncreas, se hace necesaria la reintervención quirúrgica secuencial para desbridamiento de tejido necrótico pancreático (necrosectomía) y formalizar una resección pancreática adecuada (2).

En las últimas estadísticas (6) , se ha informado del incremento de las pancreatitis y con ello las tributarias de manejo médico y las de manejo quirúrgico, así mismo el incremento en las reintervenciones de pacientes por complicaciones de este padecimiento.

El principal propósito de este trabajo es realizar un análisis de las causas de reintervención y de sus principales manifestaciones clínicas, laboratoriales y de gabinete, en pacientes reintervenidos por pancreatitis o por complicaciones de la misma.

## **OBJETIVOS**

- 1.- Conocer la incidencia de pancreatitis tributaria de manejo quirúrgico en los Hospitales Generales del Departamento del Distrito Federal : Xoco y Rubén Leñero.
- 2.- Conocer la incidencia de reintervenciones en sujetos con diagnóstico de pancreatitis con manejo quirúrgico previo y compararla con la incidencia reportada en la bibliografía médica mundial.
- 3.- Conocer los principales parámetros clínicos, de laboratorio y gabinete que obligan a la reintervención quirúrgica de un paciente con diagnóstico de pancreatitis.
- 4.- Conocer la casuística en nuestro medio, de reintervenciones en pancreatitis y emprender acciones encaminadas a disminuir la morbi-mortalidad.

## **MATERIAL Y METODO**

En el servicio de Cirugía General de los Hospitales Rubén Leñero y Xoco, de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, se estudiaron todos los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pancreatitis, manejados quirúrgicamente y que hayan ameritado reintervención, en el período comprendido del primero de octubre de 1992 al treinta de septiembre de 1993.

Se incluirán todos los expedientes clínicos de pacientes ingresados en los servicios de Cirugía General en los Hospitales Generales del Departamento del Distrito Federal, Xoco y Rubén Leñero; de ambos sexos, con rango de edad comprendido entre 20 y 55 años, con diagnóstico clínico de pancreatitis, con exámenes de laboratorio y gabinete y que para su tratamiento haya requerido intervención quirúrgica .

Se incluirán aquellos pacientes en los cuales su diagnóstico clínico sea de pancreatitis y posterior a la intervención quirúrgica se rechace. Así mismo se

eliminarán del presente estudio aquellos pacientes que durante éste, sean trasladados a otras unidades no dependientes del D.D.F.

El tipo de estudio que se realizó, fue descriptivo, retrospectivo, longitudinal y no experimental.

Se estudiaron 10 expedientes de pacientes con diagnóstico de pancreatitis de los cuales tres fueron eliminados por haber sido trasladados a otras unidades.

De los siete expedientes analizados se detallan edad, sexo, tiempo de estancia, signos vitales, datos de laboratorio y de gabinete a su ingreso y de la primera cirugía; promedios de los datos de signos vitales y parámetros de laboratorio y gabinete durante su evolución, tiempo transcurrido hasta la segunda, tercera y cuarta cirugías realizadas (si se realizaron), todo este seguimiento hasta suspender el presente estudio o por mortalidad en el padecimiento.

## **RESULTADOS**

Se estudiaron diez expedientes clínicos con diagnóstico de pancreatitis que se habían manejado con Laparotomía Exploradora, que ingresaron a los Hospitales Generales Xoco y Rubén Leñero en el periodo comprendido del 1o. de octubre de 1992 al 30 de septiembre de 1993, de los cuales 9 correspondieron al sexo masculino (90%) y uno al sexo femenino (10%). Sin embargo, se dieron de baja del estudio tres pacientes que se trasladaron fuera de las unidades del DDF, estos correspondieron a dos hombres y a una mujer. Quedando un universo de siete pacientes, equivalente el 100% al sexo masculino .

La edad afectada mas frecuentemente es la cuarta década de la vida (74%), la tercera (29%), el promedio de edad fue de 32.7 años con una moda de 23 años.

Todos se manejaron como urgencias, de las cuales cinco fueron urgencias médicas (71%) y dos fueron traumáticas (29%), las cuales fueron por instrumento punzocortante, ambas contaron con lesiones asociadas y a su llegada al servicio de urgencias, con manifestaciones de choque hipovolémico.

El tiempo de estancia fue variable, como mínimo 13 días y como máximo 67 días, tiempo promedio de 32.4 días, el mes que contó con más pacientes fue marzo, con tres pacientes (43%).

Los signos vitales que presentaron los pacientes al momento de su ingreso, que fue cuando se realizó la primera cirugía, fueron en promedio los siguientes: Frecuencia cardíaca = 108 por min., Frecuencia respiratoria = 29 por min., Temperatura corporal = 38 C , TA= 100/60 .

Posterior a la primera cirugía, los diagnósticos de los pacientes fueron como sigue : 57% (3 pacientes ) = Pancreatitis necrótico hemorrágica poséptica.

28.5% ( 2 pacientes ) = Pancreatitis postraumática por instrumento punzocortante y edematosa con zonas de lesión .

14.5% ( 1 paciente ) = Pancreatitis edematosa .

Durante la primera cirugía se estableció el diagnóstico y las lesiones asociadas en los pacientes con heridas por instrumento punzocortante, dentro de

los hallazgos estuvo la cantidad de líquido serohemorrágico el cual fue en promedio de 1,700 cc para los pacientes con pancreatitis necrohemorrágica .

En los hallazgos radiológicos (86%) seis pacientes presentaron imagen de distensión abdominal en la radiografía de abdomen, así como imagen de vidrio desputido equivalente a líquido libre en cavidad, en un paciente se observaron imágenes de niveles hidroaéreos; en la radiografía de tórax, un paciente presentó un infiltrado en el hemitorax izquierdo.

Los exámenes de laboratorio iniciales fueron en promedio los siguientes resultados : glucosa = 365, elevada en el 85% de los pacientes

Hb = 11.3

Amliasa sérica = 332 U elevada en el 85% de los pacientes

La segunda cirugía se llevó a cabo en promedio 4 días posteriores a la primera, la evolución de los pacientes en cuanto a sus manifestaciones clínicas (signos vitales ), en promedio, son los siguientes: Frecuencia cardiaca = 90 por min., Frecuencia Respiratoria = 24 por min., Temperatura corporal = 38.8 C., TA = 100/60

Los hallazgos transoperatorios fueron en 4 pacientes (57%) , que son quienes presentaron pancreatitis necrohemorrágica con líquido de reacción de aproximadamente 600 cc, serohemático y tejido pancreático desvitalizado, realizándose necrosectomía únicamente.

En dos pacientes más (28.5%), los que presentaron pancreatitis secundaria a herida por instrumento punzocortante con lesiones asociadas, se encontraron abscesos, los cuales no fueron mayores de 20 cc, sin más datos que documentar.

Un paciente (14.5%) que presentaba pancreatitis edematosa con evolución torpida, cabe mencionar que ocho días previos a su primera cirugía por pancreatitis, se le había practicado una apendicectomía, presentó una colección de material purulento de aproximadamente 10 cc ; el páncreas continuaba edematoso, sin otra razón que explicara la evolución torpida del paciente.

Cabe hacer mención que cuatro pacientes ( 57% ), se manejaban en la Unidad de Cuidados Intensivos, todos con apoyo mecánico ventilatorio .

A todos los pacientes a partir de este momento se les manejó con abdomen abierto para posterior intervención en quirófano .

La evolución radiológica en promedio fue un infiltrado bilateral en un paciente (14%), infiltrado izquierdo en 3 pacientes (42%), se identificó una neumonía izquierda en un paciente (14%) . En el paciente de pancreatitis edematosa la radiografía de abdomen mostró una importante distensión de asas

En cuanto al laboratorio, la evolución en promedio es la que sigue : glucosa elevada en el 100% en promedio de 281mg/dl; Hb de 13.4 gr; la amilasa se encontró elevada en 71% de los pacientes con valor promedio de 245.5 unidades . Un paciente no contaba con datos de hemoglobina y de amilasa .

Otro paciente en el que sus parametros se encontraban muy por debajo de lo normal, a pesar de manejo intensivo no se lograba estabilizar ni mantener sus constantes.

Un paciente más, el cual se encontraba con muy marcadas alteraciones pulmonares, falleció seis días después de de la segunda intervención con diagnóstico de falla orgánica múltiple.

A los pacientes que se les practicó una tercera cirugía , el intervalo fue variable, sin embargo , en promedio fue de cuatro días posteriores a la segunda intervención.

La evolución en cuanto a sus signos vitales en promedio fueron:  
Frecuencia cardíaca = 87 por min, Frecuencia respiratoria = 22 por min,  
Temperatura corporal = 37.6 C y TA = 110/70 .

Aún pacientes en la unidad de cuidados intensivos, algunos (2) con apoyo mecánico ventilatorio, con discreta mejoría en sus parámetros vitales respecto a la cirugía anterior.

Los hallazgos para esta tercera cirugía, fueron, necrosis de tejido pancreático en tres casos (50%) persistiendo el edema en el paciente con pancreatitis edematosa, realizandose además yeyunostomía, para alimentación enteral; los dos pacientes con pancreatitis secundaria a herida por instrumento punzocortante, presentaron abscesos con aproximadamente 10 cc de material purulento, sin mas datos anormales .

Con lo que respecta a los datos radiológicos, 5 pacientes (83%) evolucionaron torpidamente ya que el paciente que presentó la neumonía unilateral se propagó a bilateral, habiendo fallecido 5 días posteriores a la última cirugía por complicaciones respiratorias aunadas a su padecimiento de fondo (pancreatitis); los pacientes que presentaron infiltrado unilateral se propagó a bilateral en todos ; y en el paciente de la pancreatitis edematosa se presentó un derrame pleural del lado izquierdo, requiriendo manejo con sonda de pleurostomía.

El laboratorio se encontró en promedio como sigue : Glucosa = 254 mg/dl, Hb= 11.2 gr , Amilasa elevada en el 50 % =114 U. En general el laboratorio mostró una mejoría tendiendo hacia la normalidad.

### **EDAD, SEXO Y DIAS DE ESTANCIA**

<b>PACIENTE No.</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>FECHA-ING</b>	<b>FECHA-EGR</b>	<b>DIAS-ESTANCIA</b>
1	37	M	10-01-93	18-03-93	67
2	23	M	22-02-93	12-03-93	18
3	36	M	12-03-93	25-03-93	13
4	23	M	29-04-93	11-05-93	13
5	31	M	01-05-93	14-06-93	44
6	40	M	09-07-93	03-09-93	56
7	39	M	13-08-93	29-08-93	16

**Tabla No. 1**

## PRIMERA INTERVENCION QUIRURGICA

PAC. No.	SIGNOS VITALES				COMP-RX	COMP-LAB		
	FC	FR	T	TA		Gluc	Hb	Amilasa
1	120X	32X	38 C	100/60	---	814	12.3	269
2	118X	28X	39 C	110/70	Rx abdomen con distensión de asas y niveles hidroaéreos	167	10.7	25
3	122X	32X	39 C	110/70	Rx abdomen con distensión de asas. Rx tórax con infiltrado en hemitórax izquierdo.	260	11.3	36
4	100X	30X	39 C	100/60	Rx abdomen con distensión de asas	547	13.2	560
5	96X	26X	38 C	110/80	Rx abdomen con distensión de asas	300	10.7	430
6	110X	28X	37.5 C	110/70	Rx abdomen con distensión de asas	90	10.2	360
7	92X	28X	40 C	80/60	Rx abdomen con distensión de asas	380	10.8	630

\* Valores normales: Gluc = 80-120 mg/dl, Hb = 12g/dl, Amilasa = 35UI

Tabla No. 2

## SEGUNDA INTERVENCION QUIRURGICA

PAC. No.	SIGNOS VITALES				COMP-RX	COMP-LAB		
	FC	FR	T	TA		Gluc	Hb	Amilasa
1	90x	26x	39 C	110/70	—	253	13	1354
2	86x	26x	39 C	110/70	Rx abdomen con distensión de asas	204	—	-----
3	80x	22x	36 C	90/60	Rx tórax con datos de neumonía izq.	400	9.8	20
4	90x	24x	40 C	100/60	Rx tórax con infiltrado bi - lateral	600	14	340
5	100x	26x	39 C	100/70	Rx tórax con infiltrado izq.	155	11	300
6	96x	24x	39 C	100/60	Rx tórax con infiltrado izq	140	10.7	400
7	94x	24x	40 C	110/60	Rx tórax con infiltrado izq.	220	11.2	160

Tabla No. 3

### TERCERA INTERVENCION QUIRURGICA

PAC. No.	SIGNOS VITALES				COMP-RX	COMP-LAB		
	FC	FR	T	TA		Gluc	Hb	Amilasa
1	88x'	22x'	38 C	110/70	Rx tórax con infiltrado der.	599	16.5	31
2	88x'	24x'	38 C	110/70	Rx tórax con infiltrado bi-lateral y derrame pleural izquierdo.	235	10.7	---
3	80x'	22x'	35.7 C	90/60	Rx tórax con datos de neumonía bilateral	270	7.5	17
4	<b>DEFUNCION</b>							
5	90x'	24x'	38 C	110/70	Rx tórax con infiltrado bi-lateral	140	10.2	180
6	90x'	22x'	38 C	110/70	Rx tórax con infiltrado bi-lateral	120	11	250
7	88x'	22x'	38 C	110/70	---	160	11.5	96

Tabla No. 4

# SEXO

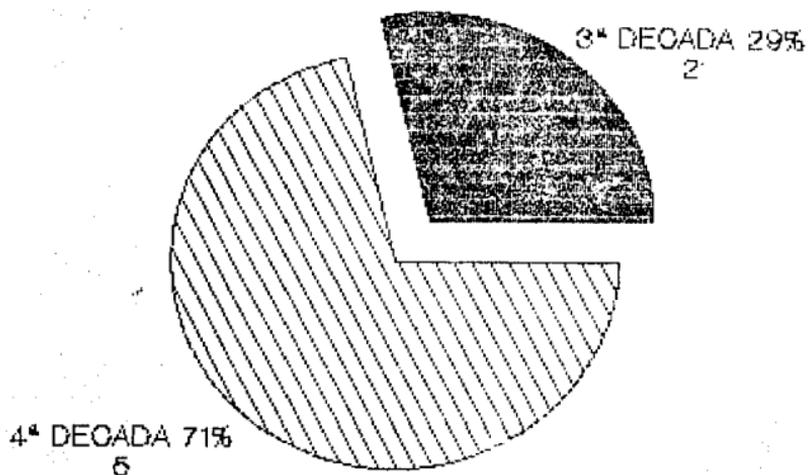
MASCULINO 100%  
7



GRAFICA 1

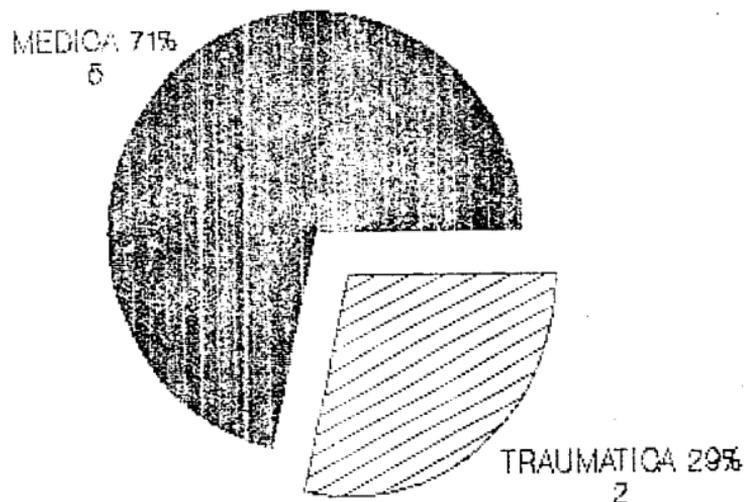
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

# EDAD

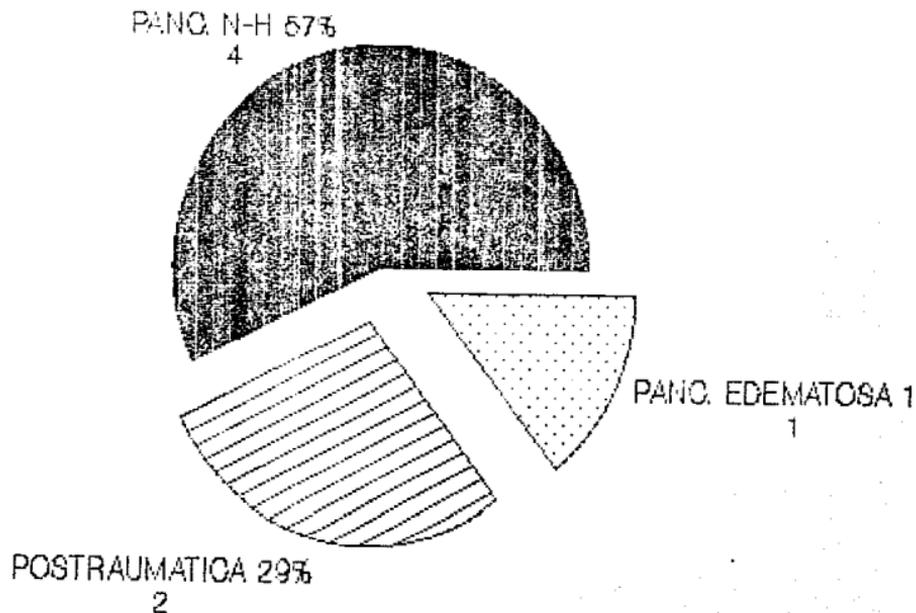


GRAFICA 2

# TIPO DE URGENCIA



# DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS 1ª INTERVENCION QUIRURGICA



GRAFICA 4

## **DISCUSION**

Con base en los resultados obtenidos, podemos constatar que como se había mencionado anteriormente ,la reintervención quirúrgica en el manejo del paciente con pancreatitis sobre todo la de tipo necrótico hemorrágica se hace NECESARIA; en el tipo edematoso practicamente se manejó con lavados de cavidad que como se menciona en la literatura(1), disminuye la cantidad de enzimas líticas y elementos patógenos de la cavidad , mejorando significativamente.

En este estudio, los pacientes que cursaron con pancreatitis secundaria a herida por instrumento punzocortante, no fue a causa de la pancreatitis por lo que se manejaron con reintervenciones, sino para manejo de abscesos que pudieron haber sido ocasionados por las lesiones asociadas de inicio (4) .

El estudio está tomando en cuenta hasta la tercera reintervención, sin embargo existen pacientes en los cuales es necesario un número mayor de reintervenciones hasta mejorar drásticamente su evolución.

Se presentó una mortalidad del 28.5% (2 pacientes), lo cual habla de la severidad del padecimiento, sin embargo la morbilidad es de aproximadamente el 85% (6 pacientes), los cuales tuvieron complicaciones severas además de que la calidad de vida del paciente que logra la resolución de la fase aguda está muy por debajo de la normalidad.

Actualmente existe una clasificación que se basa en control seriado por TAC que versa sobre contrastes entre aorta y peripancreático, mencionado en el Congreso de Cirugía en Guadalajara 1993.

## CONCLUSIONES

No existe un reporte en la literatura revisada que maneje un porcentaje de reintervención en pancreatitis, lo que más se reporta en ella es la capacidad de realizar diagnósticos más específicos para afinar el momento de la intervención quirúrgica y sea capaz de resolver el problema en un solo acto quirúrgico (9).

En la literatura (3) existen reportes acerca del manejo actual de la pancreatitis con monitoreo mediante medición seriada de la proteína C reactiva para discriminar entre graves y leves, cabe mencionar que dos paciente manejados en la unidad de cuidados intensivos se les tomó proteína C reactiva la cual no pudo ser seriada por carecer del equipo para la medición de la misma.

Así mismo, se incluye el reporte de una metahemalbúmina (3), la cual; se ha considerado un marcador de pancreatitis hemorrágica con sensibilidad específica alrededor del 75% para identificar los casos fatales.

Como podemos constatar, el manejo de un paciente de este tipo debe ser multidisciplinario y en la medida de lo posible realizar los estudios como los arriba

mencionados para hacer su manejo más corto y específico y así mejorar su sobrevida y su calidad de vida disminuyendo la morbimortalidad de los pacientes con este padecimiento.

Se concluye que es necesario un estudio con mayor población así como por un periodo mas amplio para poder establecer una ruta crítica en cuanto al manejo quirúrgico y el número de reintervenciones .

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Malngot S.E., Operaciones Abdominales , Ed. Panamericana , 1990.
- 2.- Colin Wilson and Clem W., Current Concepts in the Management of Pancreatitis , Drugs 41 (3) 358-66,1991.
- 3.- Robles D.G., Sánchez A.,Galván G.E., Uscanga L., El laboratorio clínico en el estudio de la pancreatitis, Rev. de Gastroenterología de México, 2(58) 1993.
- 4.- Ivaturi, R.R., Intraabdominal abscess after penetrating abdominal trauma ., J.Trauma , 28(8) 1283-43,1988.
- 5.- Oliver J., Traumatismo abdominal , Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica., 3:519-633,1990.
- 6.- Sesiones de Morbimortalidad de los servicios de cirugía general de los hospitales generales del departamento del Distrito Federal. 1992-3.
- 7.- Vautey, J.N., Lerut J., An open-closed technique for the treatment of necrotizing pancreatitis. Am. J. of Surgery 165(2); 277-81, Feb., 1993.
- 8.- Wuizinga W.K., Baker L.W., Treatment of persistent and complicated pancreatic pseudocysts., J.R.Coll Surg Edinb. 37(6); 373-6; Dec 1992.
- 9.- Buchler M., et al, acute pancreatitis : when and how to operate., Dig-Dis; 10(6) 354-62,1992

- 10.- Traverso L.W., Infections complicating severe pancreatitis; *Infect-Dis-Clin - Norteamérica*; 6(3); 601-11; Sep. 1992.
- 11.- Donald E. Fry, Cirugía de Repetición Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, vol 1:2.1991.
- 12.- Gutiérrez S.C., Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo, Ed. el manual moderno, 402-14, 1988.
- 13.- Elizondo C., Galvan E R., Uscanga L. la determinación de amilasa y lipasa es útil para establecer el diagnóstico, etiología y pronóstico de la pancreatitis aguda. *Rev Gastroenterología* 1992 ; 57; 270.
- 14.- Gumaste V. Dave P., Serum Lipase; A better test to diagnose acute alcoholic pancreatitis *Am .J. Med* 1992,92; 239-42.
- 15.- Makela , J. Relaparotomy for postoperative intra-abdominal sepsis in jaundiced patients, *Br. J. Surgery.*, 75 (12): 1157-9 1988.
- 16.- Blackwood, J.M. Intraabdominal infection following combined spleen-colon trauma. *Am.Surg.* 54(4): 212-6, 1988.
- 17.- Günther K. Disordered postoperative course. A retrospective analysis, *Zentralbl Chir.*, 113:384-90, 1988
- 18.- Donald, E.E., Multiple system organ failure, Ed Mosby, Book of year, 327-31, 1992.
- 19.- Andrus, C. Planned reoperation for generalized intraabdominal infection, *Am J. Surg.*, 152(6):682-6, 1986.
- 20.- Lawrence, W. Multiple system organ failure, Ed Mosby, Book of year, 332-43, 1992.